

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

54

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Eugène POTIER

Né le 27 Juillet 1907 à Pont-l'Évêque (Calvados)

ÉTRANGLEMENT
DU DIVER TICULE DE MECKEL
DANS LES HERNIES CRURALES

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Eugène POTIER

Né le 27 Juillet 1907 à Pont-l'Évêque (Calvados)

ÉTRANGLEMENT
DU DIVER TICULE DE MECKEL
DANS LES HERNIES CRURALES

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERRER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale
CHIRAY Clinique médicale.
N... Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
BASSET..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .. Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT Clinique chirurgicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
LE LORIER..... Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans
chaire.....

FREY.....

CHAILLEY-BERT, agrégé...

LEDOUX-LEBARD.....

WEIL-HALLÉ

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés
de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.

Education physique.

Radiologie clinique.

Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CUNÉO

Membre de l'académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous fait le grand
honneur de présider cette
thèse.*

*Qu'il veuille bien accepter
l'expression de notre respec-
tueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICHAT

Professeur à l'Ecole de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le
sujet de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver
ici le témoignage de notre
profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NICE

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, il nous a été donné, quelques rares fois, de constater des erreurs de diagnostic, causées par les différentes affections du diverticule de Meckel. Beaucoup de ces affections ont été très complètement décrites, et la littérature nous cite, des cas assez nombreux, de diverticulite ayant simulé une crise nette d'appendicite, chez des enfants surtout, le diagnostic étant absolument impossible à faire avant l'intervention. L'occlusion intestinale; due au diverticule de Meckel, à été rencontrée un assez grand nombre de fois. Cette occlusion étant produite par un mécanisme différent, suivant que le diverticule est libre ou fixé. Mais que ce soit par invagination, volvulus ou torsion, les signes cliniques ne nous permettent pas d'incriminer le diverticule de Meckel comme cause d'occlusion. Plus fréquent est l'ulcère peptique du diverticule de Meckel, dont une étude très complète vient d'être faite par MONDOR et LAMY, qui considèrent cette affection comme une des plus fréquentes du diverticule,

A côté de ces affections du diverticule de Meckel que nous pouvons considérer comme assez fréquentes et sans parler des raretés, comme celle de VONKEN, qui a rencontré chez un nouveau-né, un diverticule de Meckel tellement énorme, que l'accouchement en fut rendu difficile, nous avons pu constater trois cas de hernies crurales étranglées, dans lesquelles, le diverticule de Meckel, formait seul tout le contenu. La hernie du diverticule de Meckel, soit seul, soit accompagné d'anses grêles fut décrite il y a très longtemps, puisque, en 1700, LITTRÉ en faisait une très bonne description. Depuis, nombre d'auteurs, les ont étudiées et ont constaté que les plus fréquentes étaient les hernies inguinales, qu'on les rencontrait surtout chez l'homme, et qu'on pouvait les voir assez souvent à gauche. Dernièrement, parut un travail très intéressant de SALMON et DOR, sur l'étranglement herniaire du diverticule de Meckel.

Dans les trois cas que nous rapportons, seul le diverticule de Meckel est étranglé et ce sont toutes des hernies crurales, c'est pourquoi nous avons pensé les réunir dans ce modeste travail dans lequel nous, étudierons d'abord l'embryologie et l'anatomie du diverticule de Meckel, ensuite nous rapporterons nos observations et nous essaierons de faire un diagnostic différentiel pour terminer par le traitement de ces hernies.

CHAPITRE PREMIER

EMBRYOLOGIE ET ANATOMIE

Dès le début de la vie embryonnaire, l'entoderme subit un étranglement qui va donner naissance à deux parties, dont l'une intra-embryonnaire va donner le tube digestif, et l'autre entra-embryonnaire, c'est la vésicule ombilicale. Ces deux parties de l'entoderme sont réunies par un canal, ou conduit vitellin, ou canal omphalo-mésentérique, lequel est accompagné des vaisseaux omphalo-mésentériques qui vont se ramifier sur les parois de la vésicule ombilicale. Celle-ci, n'a qu'un rôle transitoire et s'atrophie dès la sixième semaine. Le canal omphalo-mésentérique s'oblitére, dès le quinzième jour de la vie embryonnaire. La vésicule ombilicale s'atrophie en se rétractant. Dans ce mouvement de rétraction, le canal omphalo-mésentérique, déjà oblitéré, subit alors un allongement qui amène sa rupture et sa résorption rapide. Les vaisseaux, peu après, disparaissent aussi. Pour certains auteurs, chez le nouveau-né on rencontrerait assez souvent soit au niveau de l'ombilic, soit au niveau du mésentère des débris du canal omphalo-mésentérique qui seraient pris pour des brides

inflammatoires. Chez l'adulte, l'involution du canal omphalo-mésentérique est complète en général. Mais cette involution peut être incomplète, et pour ces cas nous citerons la très bonne classification de FORGUE et RICHE qui groupent les anomalies par défaut de régression ou par excès de régression.

Involution incomplète	Persistance de connexions entre l'intestin et l'om- bilic	1° Diverticule ouvert 2° » fixé à l'ombi- lic 3° Persistance des vaisseaux O. M. seuls
	Persistance de la paroi in- testinale du canal O. M.	4° Diverticule de Meckel li- bre ou fixé secondaire- ment!
	Persistance de la partie ombilicale du canal O. M.	5° Enterokystomes 6° Kystes de l'ombilic 7° Tumeurs résiduales
Involution excessive		8° Sténose ou atrésie intesti- nale coëxistant ou non avec un diverticule de Meckel.

Le seul cas nous intéressant est celui de la persistance de la paroi intestinale du canal omphalo-mésentérique avec diverticule de Meckel libre.

D'après les différentes statistiques établies actuellement, on admet que cette disposition se rencontre rarement, chez l'adulte, puisque la fréquence moyenne est de 2 %.

Le diverticule de Meckel s'implante le plus souvent sur la face convexe de l'intestin grêle, aux environs de l'abouchement *ileo cæcal*. Les distances extrêmes du *cæcum* à son point d'implantation sont de trente-

cinq centimètres à trois mètres, mais la distance moyenne est de quatre-vingt centimètres. Il présente parfois le même calibre que l'intestin, mais en général un peu plus petit, il mesure environ cinq centimètres de longueur. Il peut revêtir toutes les formes, mais on a remarqué que la plupart du temps il est cylindrique à base un peu élargie et une extrémité libre terminée en cul-de-sac. Toutefois la disposition inverse peut se rencontrer, et il peut se présenter sous d'autres formes : coniques, cylindro-conique. Le péritoine le recouvre entièrement en épousant sa forme, et très rarement lui forme une sorte de mésentère appelé méso-diverticule (nous l'avons d'ailleurs rencontré dans un de nos cas). Sa constitution est exactement la même que celle de l'intestin grêle et sa cavité peut contenir les mêmes éléments que ce dernier.

Comme nous pouvons le constater, par sa forme, par sa situation et par les adhérences qu'il peut contracter, le diverticule de Meckel acquiert un rôle important en pathologie.

OBSERVATION 1

M^{me} R..., 72 ans (opérée le 31 octobre 1931, par le docteur РИЧАТ, pour hernie crurale droit étranglée.)

M^{me} R. était venue quelques jours auparavant consulter au sujet d'une tumeur située dans la région crurale. Cette malade ne présentait aucun antécédent pathologique ; elle n'accuse aucune maladie antérieure. Depuis quelques jours elle avait remarquée, au cours de sa toilette, qu'elle avait une petite masse de la grosseur d'un œuf de pigeon dans le pli de l'aîne. Elle se décide donc à consulter et à l'examen on constate que cette masse crurale est dure, un peu douloureuse à la pression, qu'elle est irréductible et sans impulsion à la toux. Cette malade ne présente aucun trouble du transit intestinal. On hésite entre le diagnostic d'épiplocèle étranglée et d'adénite, en raison d'une plaie variqueuse ancienne de cette région.

Quelques jours après, la malade accuse des douleurs violentes avec vomissements. Sa tumeur crurale est à ce moment très douloureuse. On décide d'intervenir d'urgence sous anesthésie locale.

Incision verticale sur la tumeur, qui nous amène sur le sac étranglé. A l'ouverture de celui-ci, on ne trouve pas d'intestin, mais un diverticule de Meckel très enflammé, à parois très dures, turgescents.

Il nous apparaît exactement semblable à un appendice enflammé pour lequel il fut tout d'abord pris. Ce n'est qu'après avoir débridé complètement le sac, qu'on s'est aperçu qu'il s'implantait sur l'intestin grêle. Malgré les dimensions relativement grandes du diverticule, et le bon état général de la malade le permettant, le diverticule de Meckel fut enlevé comme un appendice, en le liant à sa base et en le sectionnant au thermocautère.

Il fut impossible d'enfouir le moignon, en raison de la difficulté à attirer l'intestin grêle retenu par un mésentère court, et de la friabilité de la paroi de ce grêle autour de l'implantation du diverticule.

Guérison sans incident.

OBSERVATION II

M^{lle} G..., 67 ans (opérée par le docteur PICHAT le 17 janvier 1933 pour hernie crurale droite).

Cette malade fut prise de douleurs violentes de la région crurale droite le 17 janvier. Elle est amenée immédiatement par son médecin, qui nous explique que depuis quelques jours, cette malade souffrait de sa région crurale, mais ces douleurs étant très tolérables, elle ne consulte pas. Ce n'est que le 17 janvier alors que ses douleurs s'accroissent et qu'elle vomit, que la malade se décide à consulter. On constate, à l'examen, la présence d'une tumeur irréductible dans la région crurale. Toutefois la malade n'a présenté aucun trouble du transit intestinal. Malgré cela, et devant les douleurs et les vomissements l'intervention d'urgence est décidée sous anesthésie locale. A la fin de l'intervention un peu de Schleich fut nécessaire, car la malade très émotive, commençait à s'agiter et gênait par ses mouvements l'opérateur.

Incision verticale, on arrive sur le sac, qui est facilement isolable. A son ouverture on note un peu de liquide. Après débridement on s'aperçoit qu'on a à faire, non pas à une anse grêle, mais à un gros diverticule de Meckel qui est rouge. Il est long puisqu'il mesure huit centimètres, et il est plus gros que le pouce. Il mesure deux centimètres de diamètre. On remarque qu'il s'implante perpendiculairement sur le bord libre de l'intestin grêle. Son point d'implantation mesure de trois à quatre centimètres. Il existe un petit méso très mince qui se détache du mésentère.

L'intestin grêle n'était pas étranglé, seul le diverticule de Meckel l'était.

Il fut décidé de ne pas l'enlever, pour plusieurs raisons que nous exposerons et discuterons dans le diagnostic.

La technique suivie fut la résection du sac, la fermeture de l'anneau par deux catguts, prenant d'une part le ligament de Cooper, d'autre part l'arcade.

Guérison sans incident.

OBSERVATION III

M^{me} T..., 70 ans (observation personnelle : malade opérée le 25 octobre 1932).

M^{me} T., arrive au dispensaire de l'hôpital St-Roch, se plaignant de douleurs de la région crurale, ces douleurs la gênant énormément pour la marche. Toutefois, la malade vient de faire environ deux cents mètres à pied. Depuis quatre ou cinq jours, elle s'était aperçue qu'elle avait dans l'aîne, une petite masse dure et douloureuse, mais ces douleurs étaient tolérables. Cette tumeur devient de plus en plus dure, et le 25 octobre, les douleurs étant violentes, elle vient à l'hôpital. A l'examen, on note une petite tumeur de la région crurale, de la grosseur d'une noix environ, très dure et très douloureuse au palper. La malade a vomi deux fois dans la matinée, mais elle est allée à la selle le matin en se levant. Nous posons le diagnostic de hernie crurale droite étranglée, pensant que cette selle était l'évacuation du bout de l'intestin sous-jacent à l'étranglement.

On pratique l'anesthésie locale, on fait une incision verticale et on ouvre le sac. On pense alors être en présence d'un appendice très enflammé et après section du collet d'étranglement, on constate que c'est un diverticule de Meckel s'implantant perpendiculairement sur l'intestin grêle. Ce diverticule est sectionné au thermocautère après ligature. Nous n'avons pu l'enfouir étant donné l'état de la portion du grêle sur laquelle le diverticule s'implantait.

Guérison sans incident.

DIAGNOSTIC

Dans nos trois observations, nous sommes en présence, de malades présentant une tumeur de la région crurale. Cette tumeur est irréductible, tendue, rénitente, accompagnée de douleurs violentes ayant débutées plus ou moins brusquement et étant suivies de vomissements plus ou moins abondants. Devant un tel tableau clinique, nous éliminerons tout d'abord toutes les hernies dites irréductibles, par suite soit du volume du contenu herniaire, où, la largeur de l'anneau permet de rentrer une partie de la hernie, alors qu'une autre partie ressort immédiatement ; soit par augmentation ou adhérence d'une des parties herniées. En général, dans ce dernier cas, il s'agit de l'épiplon, mais l'évolution est beaucoup plus lente que dans le cas d'étranglement herniaire. Et d'ailleurs en cas de doute, l'intervention n'offrant guère de danger, c'est elle qui tranchera le diagnostic. Nous éliminerons enfin parmi les hernies irréductibles, celles dont la cause d'irréductibilité est due aux adhérences naturelles. D'ailleurs, toutes les hernies dont nous venons de parler sont en général

des hernies inguinales, et par conséquent, ne nous occupant dans ce travail que des hernies crurales elles seront éliminées de par leur siège anatomique. De plus, ces hernies ne gênent que très peu les malades et la plupart du temps, ce n'est qu'au cours d'un examen pour une autre affection qu'on les découvrira. Mais, il nous faudra un examen plus approfondi, lorsque nous serons en présence d'un malade présentant de la constipation, des douleurs sous forme de coliques, des vomissements et qui se plaint d'une tumeur de la région crurale, pour éliminer et l'adénite du ganglion de Cloquet et la hernie graisseuse due au frottement d'un mauvais bandage.

Tous ces diagnostics ayant été éliminés, nous nous trouvons donc en face d'un étranglement herniaire. Sur quels signes devons-nous nous baser pour différencier l'entérocele étranglé de l'étranglement du diverticule de Meckel ?

Dans l'étranglement herniaire, nous avons à faire, en général, à une malade qui depuis longtemps est possesseur d'une hernie crurale, qui ne la gêne nullement. Quand tout-à-coup, brusquement, elle ressent une douleur violente au niveau de sa hernie, ce qui lui fait porter la main à son aine. Elle constate alors qu'elle ne peut plus rentrer sa hernie, et que plus elle essaie de la rentrer et plus ses douleurs sont vives. Ces douleurs n'ont été, en général, précédées d'aucun signe, ni gêne à la marche, ni tiraillements au niveau du collet de la hernie. C'est toujours brutal, inattendu. Tandis que dans nos trois cas

d'étranglements du diverticule de Meckel, nos malades se plaignaient déjà quelques jours auparavant, l'une d'elle est même venue consulter. Elles se plaignaient de gêne à la marche, de sensation de tiraillement au niveau de la région crurale. Ce n'est qu'à l'apparition des vomissements que les malades se décident à consulter et que d'urgence l'intervention est décidée. Nous pouvons donc admettre ce premier point, à savoir que l'étranglement du diverticule de Meckel est moins brutal, que celui de l'intestin, étant annoncé par de la gêne et une sensation de tiraillement. Peut-être cet étranglement est-il dû à l'inflammation du diverticule qui contracterait des adhérences à l'anneau, lequel par la suite s'étranglerait.

Nous avons remarqué aussi, que le faciès de nos trois malades était moins altéré, que celui présenté par les hernies étranglées. Dans l'entéro-épiplocèle étranglée en effet, l'anse herniée forme un vase clos très propice à l'exaltation de la virulence des microbes intestinaux, alors que nous pouvons admettre que l'infime lumière du diverticule de Meckel ne peut donner ces faciès d'intoxiqué.

Quant aux vomissements, nous ne croyons pas pouvoir y attacher une grosse importance. Dans l'entéro-épiplocèle étranglé ils peuvent apparaître plus ou moins tard, de même dans l'étranglement du diverticule de Meckel. De plus, le moindre tiraillement sur le mésentère peut produire des vomissements

d'ordre réflexe, nous ne pouvons donc en tirer aucun élément intéressant.

Le signe qui retiendra le plus notre attention, sera l'absence de troubles du transit intestinal. Ce sont toutes des malades qui émettent des gaz et qui vont à la selle. Dans certains entéro-épiplocèles étranglés, il arrive que les malades accusent une petite émission de matières depuis leur étranglement, mais dans ces cas, il s'agit des matières contenues dans la partie de l'intestin sous-jacente à l'étranglement. C'est pourquoi, doit-on toujours demander, si possible, à voir les matières émises depuis l'étranglement. Dans l'étranglement du diverticule de Meckel seul, jamais nous n'avons constaté le moindre trouble au point de vue du transit intestinal. Il peut se faire, qu'au cours d'une kélotomie, on remarque un intestin étranglé, alors que la malade a réellement eu une ou plusieurs selles depuis son étranglement. Mais dans ces cas, si on examine soigneusement l'intestin étranglé, on remarquera qu'il s'agit d'un étranglement incomplet, ce n'est qu'un pincement latéral de l'intestin. Évidemment, dans ces cas, nous ne constaterons aucun trouble du transit intestinal, puisque la lumière du grêle n'est pas complètement bouchée. D'ailleurs, nous pouvons admettre dans les cas de pincements latéraux de l'intestin, qu'il existe une dilatation sacciforme du grêle, laquelle se conduit absolument comme un diverticule de Meckel, puisque nous avons vu que celui-ci a la même structure anatomique que l'intestin. Le diagnostic dans

ce cas nous semble donc impossible, de même que dans le cas d'étranglement épiploïque. Peut-être, s'il s'agit d'un étranglement de l'épiploon aurons-nous des douleurs plus violentes, mais c'est très variable. De même dans ce cas, l'évolution est moins rapide, mais souvent, seule l'intervention tranchera le diagnostic.

Nous voyons donc que le seul diagnostic intéressant à faire, et peut-être le seul possible, sera celui, ou d'entéro-épiploocèle étranglé ou d'étranglement du diverticule de Meckel. Evidemment, en se basant sur le gros signe différentiel, à savoir l'arrêt des matières et des gaz, nous croyons pouvoir, après un minutieux examen, tirer des conclusions dans un sens ou dans l'autre. Mais l'étranglement du diverticule de Meckel, dans une hernie crurale étant très rare, son existence étant elle-même peu fréquente et rarement on le rencontre dans une hernie crurale, nous pouvons admettre que presque jamais le diagnostic sera fait. Il faudrait que peu de temps avant de voir la malade on en ait déjà opéré une autre, d'étranglement du diverticule de Meckel, pour penser à faire le diagnostic. Mais dans les deux cas, le traitement s'imposera, il faudra intervenir au plus tôt, sans quoi la malade évoluera fatalement vers le collapsus cardiaque avec hypothermie. On aura une malade avec un facies grippé, qui nous fera une congestion pulmonaire avec oligurie et qui évoluera vers la mort.

Donc dans la majorité des cas, seule l'intervention tranchera le diagnostic.

TRAITEMENT

Dans l'étranglement du diverticule de Meckel, une règle absolue : intervenir au plus tôt. La formule très affirmative de TRELAT concernant les hernies étranglées doit être appliquée dans ces cas. Nous ne ferons que citer le taxis, qui doit être considéré comme une méthode périmée et qui dans aucun cas ne doit être employée. Le péril de la kelotomie n'étant que dans le retard même de celle-ci (FORGUE). Donc nous devons préférer la kelotomie au taxis et surtout pour la raison suivante, qui, à elle seule nous fera rejeter la manœuvre du taxis, à savoir : l'état du diverticule de Meckel hernié et étranglé. Nous avons vu que dans les cas les plus favorables, nous étions en présence d'un diverticule très enflammé. Que deviendrait cet organe, une fois la hernie réduite par taxis. Nous pourrions alors constater tous les accidents causés par le diverticule de Meckel enflammé depuis la simple diverticulite,

jusqu'à l'occlusion par diverticule de Meckel, suivant des mécanismes bien décrits. De plus on ne peut affirmer qu'il ne coexiste pas un léger pincement latéral de l'intestin, dont les parois risqueraient d'être lésées en passant à travers un anneau très serré.

Donc en présence d'un étranglement du diverticule de Meckel, nous ferons l'intervention sanglante. L'intervention étant décidée, quelle anesthésie allons-nous faire ? Il ne faut pas oublier que nos malades sont avant tout des hernieux et nous savons que ces malades ont tendance au refroidissement, l'anesthésie de choix sera donc l'anesthésie locale, qui en général sera très suffisante. On pourra, si on a à faire à des malades nerveux, timorés, craindre être gêné au cours de l'intervention et dans ce cas employer la rachianesthésie, en prenant toute précaution. La tension artérielle de la malade sera prise avant l'intervention. Une heure avant d'intervenir on fera une injection de sérum, et une de caféine sous la peau un quart d'heure avant l'intervention. Pour éviter les nausées et les vomissements on fera une injection de morphine ou de pantopon une demi-heure avant d'opérer. Rarement, malgré ces précautions, des troubles graves peuvent se produire, on fera alors une injection intrarachidienne de caféine suivant la méthode de Bloch et HERTZ. La solution injectable sera pousser très lentement pour éviter une trop grande diffusion du liquide et le malade sera mis en position basse aussitôt après l'injection. Pendant toute la durée de l'inter-

vention on surveillera le pouls et la tension de la malade. Mais nous le répétons l'anesthésie locale, doit être l'anesthésie de choix étant donné la rapidité de l'intervention.

L'incision portera sur la tumeur, la dépassant largement. Si l'opérateur n'est pas certain d'être sur le sac, en raison de l'aspect brunâtre qu'il peut présenter et qui en impose parfois pour l'intestin, il libérera le sac de toutes ses connexions. Il incisera le sac et sectionnera l'étranglement en se rappelant que les vaisseaux fémoraux sont en dehors et qu'en dedans le danger est l'anastomose de l'épigastrique et de l'obturatrice. Cette anastomose pouvant d'ailleurs être pincée, en cas de section, sans danger ultérieur. On examine alors l'intestin au niveau du point d'implantation du diverticule de Meckel et l'état de ses parois le permet, on fait la ligature à sa base et l'enfouissement absolument comme pour un appendice. Il faut absolument, à moins d'empêchements que nous énumérerons plus tard, enlever le diverticule de Meckel en raison de tous les ennuis qu'il peut faire courir ultérieurement aux malades.

Cette ligne de conduite est générale, mais il est des cas, ou, soit l'état général de la malade soit l'état de l'intestin ne permettent pas de faire ainsi. Dans notre observation II il a été impossible d'enlever la diverticule de Meckel pour plusieurs raisons.

1^o Ce diverticule avait de telles dimensions, huit centimètres de longueur et surtout au moins deux centimètres de largeur, qu'il a été impossible

de l'enlever comme un appendice en le liant à sa base. C'est une révétable résection intestinale qu'il aurait fallu faire suivre d'une suture de l'intestin, ce qui aurait pu occasionner de graves ennuis.

2^o Les lésions constatées n'étant pas énormes, on pouvait espérer qu'une fois la hernie réduite, l'état du diverticule deviendrait normal et par conséquent n'entraînerait pas de graves ennuis par la suite, d'autant que, et c'est notre troisième raison.

3^o La malade qui a vécu jusqu'à 67 ans, n'a jamais présenté aucun trouble occasionné par le diverticule de Meckel.

De plus l'état général de la malade ne permet pas parfois de prolonger une opération qui par sa rapidité est relativement bénigne. Une résection suivie de suture de l'intestin est une opération délicate et non sans dangers, tant au point de vue Shock opératoire qu'au point de vue fonctionnel ultérieur.

En résumé, nous ferons l'ablation du diverticule de Meckel chaque fois que nous le pourrons.

CONCLUSIONS

1^o L'étranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale est une affection que l'on rencontre rarement.

2^o Le diagnostic en est très difficile et, étant donné la rareté de l'affection, on n'y pense pas, en général. Toutefois le signe capital sera la conservation du transit intestinal.

3^o Il faudra intervenir immédiatement sinon la malade est vouée à la mort.

4^o Il faudra enlever le diverticule de Meckel toutes les fois que l'état général de la malade et l'état de l'intestin le permettront.

Vu :

Le Président de la thèse,

B. CUNÉO.

Vu :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABT et STRAUSS. — Diverticule de Meckel. *J. Am. Med. Ass.*, 1926, t. LXXXVII.
- ANDREOTTI. — Nœud du diverticule de Meckel. Cause d'occlusion. *Minerva Medica.*, An XXIV, vol I, n° 1, janvier 1933.
- BLANC. — *Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel.* Thèse de Paris, 1899.
- CHRISTOPHER. — Affections chirurgicales du diverticule de Meckel. *Intern. Clin. Philadelphie*, 1925, t. I.
- CHRISTIÉ. — Diverticule de Meckel. *Am. J. Dis. Children*, t. XLII, sept. 1931.
- DUCHET-SUCHAUX et KUHN. — Occlusion intestinale aiguë par diverticule de Meckel contenant un pancréas accessoire. *Bourgogne, médical*, An. XXXVI, n° 10 déc. 1932.
- FÈVRE. — Hernie étranglée incomplètement réductible par persistance dans le sac d'un diverticule de Meckel. *Soc. de Pédiatrie*, 20 octobre 1930.
- FITZ-GÉRALD. — Un cas rare de hernie étranglée. *The british medical journal*, n° 3.780, 17 juin 1932.
- FORGUE et RICHE. — *Le diverticule de Meckel*, Doin, Paris, 1907.
- GREENWALD et STEINER. — Diverticule de Meckel dans le premier âge et dans l'enfance. *Am. J. Des of Childen*, nov. 1931.
- MAISTO. — Un cas peu fréquent d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel, *Semana Medica*, An. XXXIX, n° 12, mars 1932.
- MICHAEL. — Tuberculose du diverticule de Meckel. *Archives of Surgery*, vol. XXV, n° 6, déc. 1932.
- MOURE et MARTIN. — Un cas de diverticule de Meckel. *Annales d'Anat. pathol.*, t. IX, n° 9, déc. 1932.

- MONDOR et LAMY. — Étude clinique des ulcères du diverticule de Meckel. *Journal de Chirurgie*, Paris, t. XLI, n° 4, avril 1933, p. 553-580.
- MOLL. — Diverticule de Meckel géant. *British J. of Surg.*, juillet 1926, t. XIV.
- PERETZKI. — Complications du diverticule de Meckel. *Zentralblatt für chirurgie*, An LX, vol. 3, janvier 1933.
- ROUVIÈRE. — Anatomie.
- SALMON et DOR. — Hernies étranglées du diverticule de Meckel. *Archives de médecine générale et Coloniale* (Marseille), An II, n° 3, mars 1933.
- TESTUT. — Anatomie.
- VONKEN. — Diverticule de Meckel d'un volume extraordinaire chez un nouveau-né ayant rendu l'accouchement difficile. *Zentralblatt für Gynakologie*, An LVI, n° 42, 15 octobre 1932.
- WIRKEBLAUER. — Maladies chirurgicales du diverticule de Meckel. *Wiener Klin. Wochens*, 1929, n° 30).
- WALTERS et WILKINGS. — Manifestations chirurgicales du diverticule de Meckel. *The Lancet*, vol. CCXXII, n° 5705.

